

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3757/2023

ATAS/909/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 novembre 2024

Chambre 8

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Catarina MONTEIRO SANTOS, avocate

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, Présidente ; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1973, a travaillé comme maçon auprès de l'entreprise B_____, sise à Genève. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée). En parallèle, il avait une activité accessoire d'agent de propreté auprès de C_____, sise également à Genève.

b. Le 10 août 2015, il a été victime d'un accident de la circulation alors qu'il circulait à moto sans casque durant ses vacances au Portugal.

Selon le rapport d'urgence, il avait subi un choc frontal avec un camion apparemment à basse vitesse. Il n'avait pas été projeté, mais été tombé sur le côté droit. Il n'avait pas perdu connaissance et n'avait pas eu de nausées ou de vomissements. Il indiquait spontanément une douleur à la cheville gauche et dans la région des épaules. Il n'avait pas été identifié de lésions endocrâniennes post-traumatiques. Il présentait une plaie au front. Il avait été renvoyé à domicile le soir même.

c. Selon le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite du 9 septembre 2015, l'assuré présentait des signes d'entorse acromio-claviculaire avec rupture associée du ligament coraco-claviculaire, une tendinopathie fissuraire du supra-épineux et de l'infra-épineux probablement chronique et une arthrose gléno-humérale débutante.

d. Selon le rapport de scanner du pied gauche du 15 septembre 2015, l'assuré avait subi une fracture calcanéenne complexe.

e. En date du 22 décembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'office ou l'assurance-invalidité).

f. Selon le rapport du 14 janvier 2016 du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, trois mois après la fracture parcellaire de la face inférieure du calcanéum gauche traitée de manière conservatoire, l'évolution était bonne.

g. Le rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 20 janvier 2016 a mis en évidence une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs aux dépens du supra-épineux sans rétraction tendineuse ni atrophie musculaire et une ancienne fracture de la partie antérieure de la glène.

h. En date du 9 mars 2016, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule avec suture du sous-scapulaire, une ténodèse du long chef du biceps et une suture du sus-épineux.

i. Dans son rapport du 28 juin 2016 du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, une pseudarthrose scaphoïde de la main droite avait été diagnostiquée.

j. En date du 13 septembre 2016, l'assuré a été opéré d'une cure de pseudarthrose au niveau du scaphoïde droit par prise de greffe au niveau de la crête iliaque droite.

k. Par rapport du 7 février 2017, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté une consolidation partielle du scaphoïde avec un déplacement des broches, ce qui a conduit à l'ablation des broches le 28 février 2017.

l. Selon le rapport de radiographie et d'IRM du 24 juillet 2017, la consolidation de la fracture calcanéenne inféro-médiale avait eu lieu sous la forme d'une protrusion ossifiée sans argument pour une pseudarthrose avec en regard une enthésopathie et de probables séquelles de déchirure de l'aponévrose plantaire au stade fibrocicatriciel, quasi sans signe d'évolutivité.

m. Le 14 novembre 2017, l'assuré a subi une dénervation du poignet droit.

n. Par appréciation du 22 janvier 2018, le docteur G_____, médecin d'assurance, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que l'état de santé était stabilisé. Il concluait à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était fixé à 20%.

o. Par courrier du 23 janvier 2018, la SUVA a informé l'assuré mettre fin au paiement des frais médicaux hormis quatre consultations médicales pour l'année 2018, le renouvellement des formes plantaires et les éventuels médicaments antalgiques. Le versement des indemnités journalières était arrêté au 21 janvier 2018, veille du stage organisé par l'assurance-invalidité.

p. Selon l'IRM du 13 mars 2019, l'assuré présentait une sténose foraminale L5-S1 gauche en lien avec une discopathie L5-S1 plus marquée à gauche où l'on notait un débord discal à base large foraminale et extraforaminale avec amincissement important de la graisse périradiculaire L5 gauche.

B. a. Après une mesure d'orientation professionnelle comprenant notamment un stage d'un mois dans le secteur mécanique de l'Organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle (ORIF), par communication du 3 mai 2018, l'assurance-invalidité a octroyé à l'assuré un reclassement en qualité d'opérateur CNC au sein des Établissements publics pour l'intégration. L'assuré a également été mis au bénéfice de cours de français pour améliorer les chances de succès du reclassement.

b. L'assuré a été licencié avec effet au 30 juin 2018.

c. Le 15 janvier 2019, l'assuré a subi une résection de la première rangée des os du carpe droit et un resurfaçage du capitulum par prothèse, ce qui a entraîné la suspension de la mesure de reclassement qui a été reprise le 1^{er} septembre 2019, puis l'assuré a à nouveau été mis en arrêt de travail dès le 13 février 2020.

d. Selon la note d'entretien du 18 février 2020 de l'intimée, les raisons de la nouvelle incapacité de travail établie par le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, étaient des douleurs importantes ressenties au niveau du poignet droit malgré le port de l'attelle en cuir l'empêchant de poursuivre son reclassement. Il avait également des douleurs au niveau de l'épaule droite et au pied gauche. Une nouvelle intervention était envisagée. Il estimait ne pas pouvoir continuer dans l'incertitude. Le reclassement s'était bien déroulé jusqu'à présent, mais les douleurs ressenties actuellement au poignet droit étaient tellement importantes qu'il avait dû se résoudre à l'interrompre.

e. Courant avril 2020, le Dr H_____ a notamment indiqué que l'assuré était compliant, mais qu'il n'avait aucune envie de reprendre le reclassement professionnel.

f. Le 27 mai 2020, l'assuré a subi une nouvelle intervention avec pose de prothèse au poignet droit.

g. Le mandat de réadaptation a été interrompu pour examen des limitations fonctionnelles.

C. a. Selon le rapport d'IRM du 28 août 2020, l'assuré présentait une discopathie en L4-L5 avec débord discal foraminal extraforaminal à droite. Il y avait une discarthrose avec sténose foraminale dégénérative L5 sur protrusion discale et ostéophyttaire majorée par l'arthrose postérieure ainsi qu'une minime protrusion discale en regard du récessus de la racine S1 gauche.

b. L'IRM du genou droit du 18 décembre 2020 a mis en évidence une déchirure horizontale de la corne postérieure et du segment moyen du ménisque médial.

c. Selon le rapport du 2 février 2021 de la docteure I_____, spécialiste FMH en neurologie :

« C'est sa fille qui a organisé la consultation, en raison de difficultés de concentration, notées par le patient et son entourage depuis environ 6 mois. Il décrit essentiellement des pertes de fil de l'action ou de la conversation en cours.

(...)

Chez ce patient jeune connu pour des facteurs de risque cardio-vasculaires traités, une consommation éthylique à risque et une médication psychotrope, l'évaluation mentale et l'examen neurologique de ce jour ne mettent en évidence que des fluctuations attentionnelles. Celles-ci ne sont pas spécifiques du point de vue neurologique, mais peuvent être attribués à une origine psychique, iatrogène et/ou

toxique. Il n'y a aucun argument pour une pathologie neurologique, en particulier une affection post-traumatique ou dégénérative ».

d. Dans son rapport du 10 mars 2021, le Dr H_____ a retenu que l'assuré pourrait réaliser une activité adaptée à raison de quatre heures par jour, étant précisé que la consommation d'alcool et la régression dans laquelle il s'était installé étaient des obstacles à la réadaptation.

e. Par rapport daté du 16 juillet 2020 (*recte* : 2021), le docteur J_____, médecin FMH, a indiqué suivre l'assuré depuis le 30 avril 2021. Il retenait un trouble dépressif.

f. La radiographie et l'IRM du pied gauche du 21 juillet 2021 ont mis en évidence la consolidation de la fracture calcanéenne parcellaire inféro-médiale, sous la forme d'une protrusion ossifiée sans argument pour une pseudarthrose avec en regard une enthésopathie et de probables séquelles de déchirure de l'aponévrose plantaire au stade fibrocicatriciel.

g. Le 18 août 2021, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il retenait que l'état de santé était stabilisé. L'assuré ne pouvait plus reprendre ses activités de maçon et dans le nettoyage, une activité adaptée devait être possible à 100%. Le taux de l'indemnité pour perte à l'intégrité était maintenu à 20%.

h. Dans son rapport du 1^{er} octobre 2021, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que le bilan réalisé mettait en évidence une guérison avec amincissement de la coiffe postéro-supérieure. L'évolution allait vers une persistance des douleurs latérales cotées entre 5 et 8/10 au niveau de l'épaule. L'examen clinique retrouvait une épaule fonctionnelle avec une élévation antérieure active aux alentours de 150°. L'IRM retrouvait une suspicion de lésion transfixiante de la coiffe postéro-supérieure. Il n'avait pas de proposition chirurgicale à ce stade.

i. Sur demande de la SUVA, le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré. Il ressortait de son rapport du 24 novembre 2021 que l'examen clinique l'avait fait diagnostiquer une très probable tendinopathie du jambier postérieur gauche, étant précisé que l'étiologie de celle-ci n'était probablement pas en lien avec l'accident de 2015. Selon son appréciation, la fracture en regard du secteur antéro-médial du calcanéum ne devait plus participer à la symptomatologie douloureuse. Les séquelles de la fracture du poignet droit avec développement d'une arthrose médio-carpienne directement liées à l'accident de 2015 empêchaient la reprise en tant que maçon. Il recommandait un bilan d'imagerie et la prescription d'une coque talonnière ainsi qu'une éventuelle intervention.

j. Selon l'IRM et l'échographie de la cheville gauche du 15 décembre 2021, l'assuré ne présentait pas de signe de tendinopathie et de ténosynovite du tibial

postérieur, mais un épaississement du secteur proximal du faisceau moyen de l'aponévrose plantaire avec déchirure évolutive de son enthèse proximale, une minime synovite sous talienne postérieure et du récessus talo-naviculaire dorsal et une synovite du Lisfranc entre C2-M2 et C3-M3 et dans une moindre mesure entre le cuboïde et la base de M4-M5.

k. Le dossier a alors été soumis au Dr K_____ qui a maintenu sa position par appréciation du 10 janvier 2022.

l. Par courrier du 12 janvier 2022, la SUVA a dès lors informé l'assuré que le versement de l'indemnité journalière prendrait fin le 28 février 2022.

m. Par courrier du 11 février 2022, l'assuré a contesté la position de la SUVA faisant valoir que ses douleurs et ses atteintes au pied gauche résultaient de l'accident. Il en allait de même s'agissant de son épaule droite.

n. Le rapport d'IRM du genou droit du 27 juin 2022 a attesté de remaniements fissuraires compliqués d'une déchirure complexe de la corne postérieure et du segment moyen du ménisque médial atteignant le bord libre et la surface supérieure avec une composante radiaire et l'ébauche de formation d'une languette méniscale en bec de perroquet, l'épanchement radiaire était modéré.

o. Par décision du 3 août 2022, la SUVA a octroyé une rente d'invalidité de 24% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%.

p. Par courrier de son conseil du 13 septembre 2022 complété en date du 21 novembre 2022, l'assuré a formé opposition. Il concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il était impossible de se prononcer sur sa capacité de travail, raison pour laquelle l'assurance-invalidité avait conclu à la nécessité de réaliser une expertise. Dans l'attente des résultats de cette dernière, il convenait d'annuler la décision litigieuse. Il relevait par ailleurs qu'en 2014 il réalisait un revenu annuel total de CHF 85'085.05, or la décision litigieuse faisait état d'un revenu sans invalidité d'environ CHF 82'400.-, ce qui était dès lors erroné. Le revenu sans invalidité devait être recalculé. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était également contesté.

q. Selon le rapport d'expertise de N_____ réalisée sur demande de l'assurance-invalidité et en présence d'un interprète, sous les plumes du professeur O_____, spécialiste FMH en neurologie, et des docteurs P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et R_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, l'assuré ne pouvait plus exercer comme maçon. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 40% depuis le 16 juillet 2020 en raison des limitations sur le plan neurologique.

S'agissant du volet neurologique, l'expert a retenu comme diagnostics incapacitants :

- « - Parésie antalgie distale du membre supérieur droit avec douleurs mixtes neurogènes et mécaniques sur status après fracture du scaphoïde avec pseudarthrose et interventions multiples avec atteinte partielle de la branche interosseuse postérieure du nerf radial droit et du médian au tunnel carpien ;
- Status après syndrome radiculaire L5 sur sténose du récessus L5-S1 gauche ;
- Trouble comportemental non neurologique post-traumatique sans lésion cérébrale objectivable et trouble cognitif léger multidomaine d'origine mixte (consommation d'alcool à risque, psychotropes, syndrome d'apnées du sommeil, petit niveau d'éducation) ».

Le Prof. O_____ a développé que l'IRM du 28 septembre 2022 permettait clairement d'exclure une atteinte frontale post-traumatique ou neuro-éthylque voire vasculaire micro-angiopathique sur son syndrome métabolique, l'IRM ayant conclu à l'absence de séquelle post-traumatique du parenchyme cérébral ou de lésion axonale diffuse. Les atteintes au membre inférieur étaient d'ordre orthopédiques et non neurologiques.

Les limitations sur le plan neurologique étaient les suivantes :

« Travail assis, sans responsabilité, ne nécessitant pas d'effort ou d'activité répétitive proximale ou distale au niveau du membre supérieur droit, ni de posture prolongée ou de déplacement à pied ou debout, changement de position et pause nécessaire. Pas de travail intellectuel complexe. Pas de charge de plus de 2 kg au niveau du membre supérieur D, pas de mouvement répétitif au niveau de l'épaule, pas de mouvement au-dessus de la ceinture scapulaire, limitation de la marche en terrain accidenté, pas d'échelle, pas d'échafaudage. De plus, pas de demande attentionnelle, intellectuelle ou exécutive importante ou niveau d'exigence élevé voir sous stress ».

Le Prof. O_____ tenait compte du complément requis auprès du professeur S_____, spécialiste FMH en neurologie. Il ressortait de son rapport du 26 octobre 2022 que, selon l'examen électromyographique, il existait des arguments neurophysiologiques évocateurs d'un syndrome du canal carpien sensitivomoteur droit sans autre neuropathie. L'examen électromyographique des extenseurs des doigts était anormal avec des signes partiels de dénervation de réinnervation chronique. Ces anomalies pouvaient être compatibles avec une neuropathie radiale droite antérieure. S'agissant du membre inférieur gauche, il n'y avait pas de signes évocateurs d'une neuropathie tibial postérieur ou de signe de dénervation. Il n'y avait pas de signes indirects de polyneuropathie sous-jacente.

Au niveau orthopédique, seuls le status après fracture et pseudarthrose du scaphoïde droit et les douleurs à l'épaule étaient reconnues comme influençant la capacité de travail, contrairement au status après fracture parcellaire du calcaneum, les gonalgies et les lombalgies basses, ces deux dernières découlant de lésions dégénératives. L'expert orthopédique rejoignait les limitations et la

capacité entière dans une activité adaptée retenues par la SUVA, soit : pas de charges de plus de 2 kg au niveau du membre supérieur droit, pas de mouvements répétitifs au niveau de l'épaule, activité permettant l'emploi de son orthèse du poignet droit, pas de mouvement au-dessus de la ceinture scapulaire, limitation de la marche en terrain accidenté, pas d'échelle, pas d'échafaudage.

Sur le plan psychiatrique, il était relevé que l'assuré avait un suivi depuis trois ans à raison d'une fois par mois. L'expert ne retenait pas d'atteinte psychiatrique et d'incapacité de travail sur le plan psychique.

Du point de vue interniste, la capacité de travail était entière.

Dans le cadre de l'expertise, un examen neuropsychologique avait également été effectué. Selon le rapport du 21 octobre 2022 de Madame T_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, les résultats étaient à interpréter avec la plus grande prudence non seulement à cause du faible niveau scolaire de l'assuré, mais aussi en raison de la présence de quelques résultats insuffisants aux tests de validation des performances avec l'impression clinique que l'assuré par moment performait au-dessous de son réel potentiel. Le tableau correspondait à une atteinte neuropsychologique de degré léger selon les critères de l'Association suisse des neuropsychologues (ASNP). Selon ces critères, la capacité fonctionnelle n'était pas limitée au quotidien et dans la plupart des sollicitations professionnelles. La capacité fonctionnelle était toutefois limitée lors des tâches et activités requérant un niveau d'exigence élevé. Les difficultés neuropsychologiques observées justifiaient une diminution de rendement de 10 à 20%. Les limitations impliquaient une activité peu exigeante sur le plan de la mémoire, de la concentration et de la communication. Les déficits étaient très probablement d'étiologie mixte, psychiatrique et toxique avec une éventuelle participation non exclue de la symptomatologie douloureuse et de la prise de médicament. Il n'était prescrit aucun traitement.

r. Dans son avis du 12 décembre 2022, le service médical régional (ci-après : SMR) a suivi les conclusions de l'expertise et a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 10 août 2015 et une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée à compter du 16 juillet 2020.

s. Après analyse du rapport d'expertise, le Dr K_____ a conclu en date du 28 février 2023 au maintien de l'appréciation orthopédique, le volet neurologique devait être évalué en particulier sous l'aspect d'une baisse de rendement lui paraissant plus sociale que médicale.

t. En parallèle, l'office a rendu un projet de décision en date du 31 mars 2023 concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2016, sous déduction des indemnités journalières perçues, considérant que l'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis le jour de l'accident, la capacité de travail résiduelle n'étant pas exploitable sur le marché primaire de l'emploi.

u. Par appréciation du 25 septembre 2023, la professeure U_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a conclu que, en l'absence de lésions structurelles, les troubles cognitifs n'étaient pas des suites de l'accident. Les atteintes lombaires étaient dégénératives. S'agissant du membre supérieur droit, il était relevé que le Dr G_____ avait déjà tenu compte des troubles fonctionnels y relatifs pour fixer l'atteinte à l'intégrité. Une activité adaptée dans une activité légère sans port de charge de plus de 5 kg était possible à 100%.

v. Par décision sur opposition du 12 octobre 2023, reçue le 14 octobre 2024, la SUVA a partiellement modifié sa position en ce sens que l'assuré avait droit à une rente de 27% à compter du 1^{er} mars 2022. Elle développait que sur la base des conclusions des Drs G_____, K_____ et U_____, qui revêtaient pleine valeur probante, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le rapport d'expertise ne permettait pas de remettre en cause leur appréciation, car il incluait des éléments extra-médicaux et extra-traumatiques, en particulier dans le volet neurologique. L'expert neurologue avait ainsi retenu comme invalidant « un trouble comportemental non neurologique post-traumatique sans lésion cérébrale objectivable et un trouble cognitif léger multifactoriel (consommation d'alcool à risque, psychotropes, syndrome d'apnées du sommeil, petit niveau d'éducation », soit des éléments non-neurologiques - un diagnostic psychiatrique ainsi que des éléments extra-médicaux - comme invalidants. Le lien « *post-traumatique* » était retenu en se fondant sur la seule chronologie. En ce qui concernait le taux d'invalidité, la SUVA relevait que la différence de degré d'invalidité résultait exclusivement d'une actualisation des statistiques. Aucun élément ne justifiait une modification du taux de 20% de perte d'intégrité.

w. Par décisions du 15 janvier 2024, l'office a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2016.

x. Par acte du 15 février 2024, l'assuré a interjeté recours contre les décisions de l'office auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la Cour de céans), en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et à ce qu'il lui soit permis de modifier ses conclusions et à son audition. Principalement, le recourant sollicitait l'annulation des décisions du 15 janvier 2024 et à ce qu'il soit ordonné à l'office de recalculer le montant des rentes. Le recourant ne contestait pas l'octroi d'une rente entière, mais uniquement le montant celle-ci, il considérait en effet que celui-ci ne tenait pas compte de toutes ses cotisations.

D. a. Par acte du 13 novembre 2023, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : Cour de céans), en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à son audition et à l'apport des dossiers de l'assurance-invalidité et de la SUVA, principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi une rente d'invalidité de 100% à compter du 1^{er} mars 2022, subsidiairement, à l'annulation

de la décision litigieuse et au renvoi à la SUVA pour nouvelle décision. Il fait valoir que toutes ses atteintes sont en lien avec son accident comme l'a constaté l'assurance-invalidité. Il contestait par ailleurs les revenus avec et sans invalidité. Comme reconnu par l'Office, sa capacité de travail résiduelle n'était pas exploitable. S'agissant de son revenu sans invalidité il ne pouvait pas être de CHF 81'306.87, alors que la SUVA retenait un revenu de CHF 85'087.- en 2016.

b. Par courrier du 24 novembre 2023, l'intimée a renoncé à répondre, le recours visant essentiellement à sauvegarder le délai sans évocation d'élément non examiné.

c. Par acte du 8 mars 2024, le recourant a persisté.

d. Par ordonnance du 12 mars 2024, la chambre de céans a requis la production du dossier de l'assurance-invalidité, qui a été transmis aux parties. Un délai pour détermination leur a été accordé.

e. Par acte du 14 mai 2024, l'intimée a maintenu sa position. Elle a rappelé que, de par la jurisprudence, l'évaluation de l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante pour l'assurance-accident, de sorte qu'elle était libre d'apprécier la situation différemment. Les experts de N_____ ne s'étaient pas prononcés sur l'étiologie des troubles du recourant, puisque l'assurance-invalidité était une assurance dite « globale » devant prêter quelle que soit l'origine des atteintes. En tant qu'assureur-accident, les prestations étaient dues uniquement en cas de lien avec l'accident d'août 2015. Les experts ne s'étant pas déterminés sur ce point, elle avait privilégié les conclusions bien argumentées de ses médecins. Les atteintes liées à l'accident avaient été prises en compte et conduisaient à un degré d'invalidité de 27%.

f. Le recourant ne s'est pas prononcé.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1).

Compte tenu du domicile genevois du recourant, la Cour de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).
4. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le taux d'invalidité du recourant.
7. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur

l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

8.

8.1 En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «*coup du lapin*», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_204/2019 du 12 mai 2020 consid. 6.1). Il faut que les troubles à la nuque ou à la colonne cervicale se manifestent dans la période de 72 heures suivant l'accident, mais il n'est en revanche pas nécessaire que les autres troubles caractéristiques du tableau clinique apparaissent dans ce laps de temps (arrêt du Tribunal fédéral 8C_450/2007 du 17 janvier 2008 consid. 6).

8.2 Sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation médicale susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut ainsi parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5.1). Selon la jurisprudence, la seule constatation de troubles neuropsychologiques ne suffit pas pour établir la présence d'une atteinte organique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2013 du 19 mars 2014 consid. 5.2).

8.3 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

- 9.** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de

l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

- 10.** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

- 11.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b

et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

- 12.** La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA est en principe identique dans l'assurance-accidents, l'assurance militaire et l'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d). Il n'en demeure pas moins que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3) et inversement (ATF 133 V 549 consid. 6). Ce principe s'applique également lorsque dans les deux procédures d'assurance concernant l'examen d'un éventuel droit à une rente d'invalidité, la capacité de travail résiduelle de l'assuré est évaluée de manière identique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_530/2022 du 25 avril 2023 consid. 4.3.1).

13.

13.1 Dans le cas d'espèce, les parties s'opposent sur le degré d'invalidité retenu. Le recourant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%, faisant valoir que toutes ses atteintes sont liées à l'accident et l'appréciation de l'assurance-invalidité qu'il entend faire appliquer également au niveau de l'assurance-accident. De son côté, l'intimée se base sur les conclusions de ses médecins d'assurance pour considérer que seules certaines atteintes sont liées à l'accident et pour s'écarter de l'expertise réalisée auprès de N_____. La position de l'assurance-invalidité ne lui étant pas opposable.

13.2 La Cour commencera dès lors par l'analyse des éléments médicaux au dossier, soit en particulier le rapport d'expertise et les appréciations des médecins d'assurance.

Sans que cela soit contesté par le recourant, la Cour relèvera en premier lieu que les experts ont nié l'existence d'atteintes psychiques et relevant de la médecine interne. S'agissant du volet orthopédique, l'expert de N_____ a rejoint les conclusions des Drs G_____ et K_____, tant au niveau des limitations que de la capacité pleine et entière dans une activité adaptée.

Il en découle dès lors que les volets litigieux sont les plans neuropsychologique et en particulier neurologique, lequel a conduit à retenir une capacité de travail dans une activité adaptée réduite à 40%.

Cependant, comme le souligne à juste titre l'intimée, il y a lieu de rappeler à ce stade que, contrairement à l'assurance-invalidité, elle ne doit prêter que pour les atteintes en lien avec l'accident d'août 2015.

L'assurance-accident n'est donc pas liée par l'évaluation du degré d'invalidité réalisée dans le cadre de l'assurance-invalidité.

S'agissant des troubles neuropsychologiques, il ressort du rapport de Madame T_____ que les résultats doivent être interprétés avec la plus grande

prudence non seulement à cause du faible niveau scolaire du recourant, mais aussi en raison de la présence de quelques résultats insuffisants aux tests de validation des performances avec l'impression clinique que par moment il performait au-dessous de son réel potentiel. Elle concluait à une atteinte neuropsychologique de degré léger très probablement d'étiologie mixte, psychiatrique et toxique avec une éventuelle participation non exclue de la symptomatologie douloureuse et de la prise de médicament.

Pour rappel, dans son rapport du 2 février 2021, la Dre I_____ concluait :

« Chez ce patient jeune connu pour des facteurs de risque cardio-vasculaires traités, une consommation éthylique à risque et une médication psychotrope, l'évaluation mentale et l'examen neurologique de ce jour ne mettent en évidence que des fluctuations attentionnelles. Celles-ci ne sont pas spécifiques du point de vue neurologique, mais peuvent être attribués à une origine psychique, iatrogène et/ou toxique. Il n'y a aucun argument pour une pathologie neurologique, en particulier une affection post-traumatique ou dégénérative ».

S'agissant du Prof. O_____, il retient que le trouble cognitif léger est d'origine mixte (consommation d'alcool à risque, psychotropes, syndrome d'apnées du sommeil, petit niveau d'éducation), soit des éléments sans lien avec l'accident.

A ce stade, il sied de souligner que, dans son rapport, le Prof. O_____ a indiqué que le psychiatre se prononcerait sur les troubles cognitivo-comportementaux, tout en les retenant également dans sa propre analyse.

Or, l'expert psychiatre a conclu à l'absence d'atteinte psychiatrique et d'incapacité de travail y relative.

Il faut par ailleurs rappeler que la consultation auprès de la Dre I_____ est intervenue en février 2021, consultation requise car il avait été noté des difficultés de concentration depuis 6 mois, soit depuis courant 2020. Environ cinq ans se sont écoulés depuis l'accident, étant précisé que c'est en raison des douleurs et des interventions que le recourant a dû interrompre les mesures d'ordre professionnel, des troubles cognitifs n'ayant pas été annoncés auparavant. Ce n'est qu'en avril 2021 qu'un suivi psychiatrique a débuté.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les troubles neuropsychologiques ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de procéder à l'examen de la causalité adéquate.

Reste à examiner les autres diagnostics posés par le Prof. O_____.

13.3 En ce qui concerne le trouble comportemental, le Prof. O_____ le qualifie lui-même de « *non-neurologique* ». Les examens pratiqués ont par ailleurs exclu une séquelle post-traumatique. Comme l'a relevé à juste titre l'intimée, ce diagnostic ne relève pas du domaine de compétence du Prof. O_____, mais du volet psychiatre, étant rappelé que l'expert psychiatre a nié toute atteinte incapacitante.

Le trouble comportemental ne peut donc pas être retenu.

S'agissant du status après syndrome radiculaire L5 sur sténose du récessus L5-S1 gauche, la Prof. U_____ a expliqué de manière convaincante que l'électrophysiologie a confirmé l'absence de lésions. Par ailleurs, il y avait une absence de symptômes d'une radiculopathie décrits initialement avec une IRM lombaire excluant des lésions structurelles suite à l'accident.

Le lien de causalité avec l'accident doit donc être également exclu.

Il subsiste dès lors la « parésie antalgie distale du membre supérieur droit avec douleurs mixtes neurogènes et mécaniques sur status après fracture du scaphoïde avec pseudarthrose et interventions multiples avec atteinte partielle de la branche interosseuse postérieure du nerf radial droit et du médian au tunnel carpien ».

La Prof. U_____ a développé tant dans son appréciation que dans son rapport du 2 février 2021, que la Dre I_____ n'avait pas diagnostiqué de déficit neurologique. On ne pouvait toutefois pas exclure que l'atteinte au nerf interosseux et du tunnel carpien soit en lien avec l'accident ou résulte des multiples interventions. Cependant, de telles altérations ne pouvaient pas expliquer une incapacité dans une activité adaptée, soit une activité légère sans port de charge de plus de 5 kg.

Il sied de relever que dans ses conclusions la Prof. U_____ mentionne le membre supérieur gauche en lieu et place du membre supérieur droit.

Toutefois, en regard des limitations fixées par le Prof. O_____ en lien avec le membre supérieur droit, force est de constater qu'elles sont similaires à celles retenues par l'expert orthopédique et les médecins d'assurance qui concluaient à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

La Cour de céans considère dès lors que la capacité de travail de 40% ne peut être retenue vis-à-vis de l'intimée puisqu'il a été démontré qu'elle repose sur des atteintes qui ne relevaient d'une part pas de la spécialité de l'expert qui les a fixées, ce dernier étant dès lors sorti de son cadre de compétence. D'autre part, cette capacité de travail réduite et les limitations y relatives, hormis s'agissant du membre supérieur droit, sont basées sur des troubles qui ne sont pas en lien de causalité avec l'accident et dont l'intimée n'a pas à répondre.

Au vu de ce qui précède et sur la base des éléments au dossier, la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sera confirmée.

14. Il s'agit à présent de vérifier le degré d'invalidité.

14.1 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

14.2 Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

14.3 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

14.4 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

14.5 On évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte

à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

14.5.1 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence). Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne "total secteur privé" lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références).

La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop

astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

14.5.2 Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques).

14.5.3 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références; ATF 146 V 16 consid. 4.1 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut

bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références).

L'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle sur les perspectives salariales lorsque le revenu d'invalide est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1. En effet, ce niveau de compétence de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2).

La prise en compte d'un abattement en raison des années de service ne se justifie guère dans le cadre du niveau de compétence 1, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1er mars 2023 consid. 7.2.4).

14.6 Il n'y a pas lieu, dans le revenu sans invalidité comme dans le revenu d'invalide, de prendre en considération les allocations familiales lesquelles ne sont pas comprises dans la notion de revenu provenant d'une activité lucrative au sens de l'AVS (cf. art. 6 al. 2 let. f du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants-RAVS).

14.7 Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

14.8 En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité, selon les déclarations des employeurs du recourant, le salaire auprès B_____ se serait élevé à CHF 70'184.85 en 2021 (5'399 x 12 mois + 8.33 de 13^{ème}) auquel s'ajoutait celui qui aurait été réalisé auprès C_____ de CHF 10'637.10 (salaire horaire de CHF 23.60 + CHF 1.97 de 13^{ème}, 8 heures par semaine x 52 semaines), ce qui représente la somme de CHF 80'821.95.

Après indexation selon l'indice des salaires nominaux (+ 0,6%), il en résulte un salaire sans invalidité de CHF 81'306.90 pour 2022.

Le salaire évoqué par le recourant de CHF 85'087.- (*recte* : 85'085.05) correspond au gain assuré utilisé pour fixer le montant des indemnités journalières selon l'art. 17 al.1 LAA, ce dernier comprend les allocations familiales, ce qui n'est pas

le cas des montants appliqués pour déterminer le taux d'invalidité conformément aux principes rappelés précédemment. Cet argument ne permet dès lors pas de remettre en cause la fixation du salaire sans invalidité.

S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant n'ayant pas repris d'activité, il sera fait appel aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2020 a été publiée le 23 août 2022. Dès lors qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, le 12 octobre 2023, l'intimée disposait des données 2020, le salaire avec invalidité doit être déterminé sur la base de l'ESS 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3) et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture (éventuel) du droit à la rente, soit le 1^{er} mars 2022 (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2).

Ainsi, il y a lieu de se référer au tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2020, dont il ressort que le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé s'élève à CHF 5'261.- pour un homme (niveau 1, total, part au 13ème salaire comprise), ou à CHF 63'132.- par année pour un plein temps ($5'261 \times 12$).

Il sera précisé à ce stade que malgré la référence à la rubrique « *industries manufacturières* » dans la décision litigieuse, l'intimée a bel et bien appliqué la valeur médiane, ce qui est conforme à la jurisprudence.

Le salaire hypothétique de CHF 63'132.- se base sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41.7 heures (tableau « *Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique* » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 65'815.11 pour un plein temps ($63'132 \times 41.7 / 40$).

Après indexation selon l'indice des salaires nominaux, (- 0.7 en 2021, respectivement + 1.1 en 2022), le revenu est porté à CHF 66'073.30.

S'agissant de la réduction supplémentaire, l'intimée a retenu un taux de 10%, essentiellement en raison des limitations fonctionnelles.

En l'espèce, cette appréciation est conforme aux principes en la matière, les spécificités du cas d'espèce ne justifiant pas un abattement supérieur, le revenu avec invalidité s'élève à CHF 59'466.-.

Comparé au revenu sans invalidité de CHF 81'306.90, il en résulte une perte de gain de 26.86%, arrondi à 27%.

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance

prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

Il apparaît dès lors que, la problématique étant essentiellement médicale, l'audition du recourant n'est pas susceptible de modifier l'appréciation de la Cour.

A cela s'ajoute que le recourant a eu l'opportunité de se prononcer sur le contenu du dossier de l'assurance-invalidité et de la dernière détermination de l'intimée qui répondait à ses arguments, opportunité qu'il n'a pas saisie.

Par conséquent, il sera renoncé à l'audition du recourant.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Pascale HUGI

Marie-Josée COSTA

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le